

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyö

Hoitotyö

2014

Ari Oksa, Samu Koret ja Joni Salminen

SÄHKÖHOIDON POTILASOHJAUS DVD



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Ari Oksa, Samu Koret ja Joni Salminen

SÄHKÖHOIDON POTILASOHJAUS DVD

Masennus on mielialahäiriö ja siihen sairastuu elämänsä varrella 10-15% ihmisistä. Masennukseen hoitomuotoina ovat psykoterapia, lääkehoito sekä sähköhoito. Usein näitä hoitoja käytetään myös yhdistelmähoitoina toisiaan tukemassa. Sähköhoito on tehokas hoitomuoto masennuksesta kärsiville ja erityisesti ikääntyneille, jotka kärsivät vaikeasta masennuksesta. Suomessa sähköhoidot toteutetaan yliopistollisissa sairaaloissa ja joissakin keskussairaaloissa. Sähköhoitoon liittyy paljon pelkoja ja ennakkoluuloja. Näihin voidaan vaikuttaa potilasohjauksella.

Tämän opinnäytetyön tehtävänä oli tehdä potilasohjaus dvd sähköhoidon toteuttamisesta Salon vanhus- ja neuropsykiatriselle potilaiden ja heidän omaisten ohjaukseen. Opinnäytetyön tavoitteena on parantaa potilasohjausta ja samalla lisätä potilaiden sekä omaisten tietoa sähköhoidosta.

Aiheeseen perehdyttiin tekemällä hakuja eri tietokantoihin ja lukemalla tiivistelmiä sekä artikkeleita, joiden perusteella tehtiin potilasohjaus dvd, jonka avulla voidaan toteuttaa potilasohjausta. Dvd:llä kuvattiin potilas saamassa sähköhoitoa autenttisessa tilanteessa ja siinä on tietoa potilaalle sähköhoidon eduista, haitoista sekä mitä potilaan tulee ottaa huomioon valmistautuessa sähköhoitoon. Videolta potilas saa tietoa sähköhoidosta ja se toimii osana potilaan ohjausta, unohtamatta kuitenkaan potilaan tarvitsemaa ohjausta hoitohenkilökunnalta. Ohjaus dvd koostuu still-kuvista ja videokuvasta joita havainnollistetaan tekstien ja kerronnan avulla. Dvd on Salon aikuis- ja vanhuspsykiatrian käyttöön ja se on suunnattu näytettäväksi potilaille ja heidän omaisilleen.

Tulevaisuudessa olisi hyvä keskittyä ihmisten näkökulmien muuttamiseen sähköhoitoon liittyen. Lisää tutkittua tietoa kaivattaisiin erityisesti potilaiden ohjaamiseen ja mitä potilaille tapahtuisi ilman sähköhoitoa. Lisäksi voitaisiin tutkia kuinka paljon mielenterveyspotilaiden ohjauksessa käytetään videoita ohjauksen apuvälineinä. Samalla saataisiin tietoa potilailta, millaisena he kokevat videolta saadun ohjauksen.

ASIASANAT: Masennus, Sähköhoito, Potilasohjaus, ECT, Audiovisuaalinen ohjaus.

Ari Oksa, Samu Koret and Joni Salminen

PATIENT EDUCATION DVD ABOUT ECT

Depression is a psychiatric disorder and estimated 10-15% of population suffers from it in some part of their lives. It is possible to treat depression with psychotherapy, medical treatment and electro convulsive therapy (ECT). These therapies are often combined to support each other. ECT is an effective treatment for people who suffer from depression, especially elderly who suffer from severe depression. In Finland ECT is used in university hospitals and some central hospitals. People have a lot prejudice and fear against ECT and these can be changed with patient education of high quality.

The purpose of this thesis was to make a patient education DVD about ECT treatment for elderly- and neuropsychiatric patients in Salo. This DVD is meant to be used as an educational mean for the patients and their relatives. The goal of this thesis was to improve patient education and awareness of ECT amongst patients and their relatives.

Information used in this thesis was gathered from different data bases by reading abstracts and articles regarding ECT. The DVD was produced based on the information received from the source material. A patient was filmed for this DVD in an authentic situation. The patients will get information about ECT treatment's pros and cons and things which patient must consider before getting the treatment. This DVD is intended as a part of the patient education and to complete the information provided by the medical staff. Educational DVD consist of still- frames and video footage which are illustrated with text and narration. The DVD is to be used only in Halikko's hospital.

In the future it would be beneficial to concentrate on changing the attitudes considering ECT. More information is especially desired regarding patient education about ECT and what would happen if the treatment is not performed. It would also be worthwhile to conduct researches about how a psychiatric patient finds visual education and how often it is used as an educational tool.

KEYWORDS:

Depression, ECT, patient education, audio- visual education, electro convulsive therapy

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 MASENNUS ELI DEPRESSIO	6
2.1 Masennuksen oireet ja diagnosointi	6
2.2 Masennuksen hoito	7
3 AIVOJEN SÄHKÖHOITO MASENNUKSESSA	9
3.1 Sähköhoidon käyttöaiheet	9
3.2 Sähköhoidon käytännön toteutus	10
3.3 Sähköhoidon vasta- aiheet ja haittavaikutukset	12
4 MIELENTERVEYSPOTILAAN OHJAUS	14
5 OPINNÄYTETYÖN TEHTÄVÄ JA TAVOITE	19
6 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	20
7 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	24
8 POHDINTA	27
LÄHTEET	31

LIITTEET

Liite 1 Toimeksiantosopimus
Liite 2 Tutkimuslupa
Liite 3 Tiedote potilaalle
Liite 4 Suostumuslomake
Liite 5 Tiedote henkilökunnalle
Liite 6 Suostumus rahoituksesta

TAULUKOT

Taulukko 1 Lääkkeiden yhteisvaikutukset	11
---	----

1 JOHDANTO

Sähköhoito, aikaisemmalta nimeltään sähkösokkihoito kehitettiin 1930-luvulla ja sen käyttö oli yleistä 1950-1960-luvuille. Viime vuosikymmeninä sähköhoito on vakiinnuttanut asemansa lääkehoidon ja psykoterapian ohella masennuksen hoidossa. (Heikman 2004.) Sähköhoidossa johdetaan virtaa aivojen läpi ja aiheutetaan kouristuskohtaus potilaalle, jolla on vaikutus aivojen kemialliseen tasapainoon (Partonen ym. 2007).

Sähköhoidon on todettu olevan tehokas hoitomuoto masennuksesta kärsiville ja erityisesti ikääntyneille, jotka kärsivät vaikeasta masennuksesta. Sähköhoitoa annetaan yliopistollisissa sairaaloissa ja joissakin keskussairaaloissa. Joskus sähköhoito on ainoa vaihtoehto, jos lääkkeitä aiheutuu enemmän sivuvaikutuksia kuin hyötyä tai lääketoleranssi on kasvanut liian suureksi. (Depressio: Käypä hoito- suositus 2010.)

Suomessa ei kerätä kansallisia tilastoja sähköhoidon käytöstä, mutta esimerkiksi Ruotsissa sähköhoitoa annetaan arviolta 80/100 000 asukasta kohden. Suomen suurimmassa hoitolaitoksessa Kellonkosken yksikössä annettiin sähköhoitoa vuonna 2007 suhteella 17/100 000 asukasta kohden. Tiedetään myös, että sähköhoidon suosio on kasvanut lähes nelinkertaiseksi 2000 -luvulla. (Ritschkoff & Vataja 2009.) Tästä syystä on entistä tärkeämpää kiinnittää huomiota hyvään potilasohjaukseen. Ennakkoluulot ja kielteinen asenne voivat aiheuttaa, ettei potilas halua sähköhoitoa. Hyvällä potilasohjauksella voidaan parantaa ennakkoluuloja ja saada asenteita myönteisemmiksi. Ihmiset mieltävät sähköhoidon helposti pelottavaksi ja kyseisen hoidon yleistyessä tämä mielikuva toivottavasti saadaan hälvenemään.

Opinnäytetyön tehtävänä oli tehdä potilasohjaus dvd sähköhoidon toteuttamisesta Salon vanhus- ja neuropsykiatrilalle potilaiden ja heidän omaisten ohjaukseen. Opinnäytetyön tavoitteena on parantaa potilasohjausta ja samalla lisätä potilaiden sekä omaisten tietoa sähköhoidosta

2 MASENNUS ELI DEPRESSIO

Masennus on mielialahäiriö ja siihen sairastuu elämänsä varrella 10-15% ihmisistä. Sairausalttiuteen vaikuttavat niin lapsuusajan kuin ajankohtaisetkin ristiriidat ja menetykset sekä pettymykset ja perinnölliset tekijät. Todennäköistä on, että niillä joilla on elämässään ollut aiemmin depressio jakso, toistuu se puolella heistä. Pitkittyneet ja toistuvat masennukset ovat yleinen syy ennenaikaiselle eläkkeelle jäämiseen ja lisäksi itsemurhariski kohoaa aina vakavissa masennuksissa. (Huttunen 2011.)

Koko väestöstä masennuksesta kärsii 5% tällä hetkellä. Masennus- ja ahdistusoireita esiintyi Suomessa vuonna 2011 noin joka kymmenellä yli 65-vuotiaalla. (Koskinen ym. 2011.)

2.1 Masennuksen oireet ja diagnosointi

Masennuksen keskeisinä oireina voidaan pitää masennusta, surullisuutta, ärtyisyyttä ja laskenutta mielialaa. Unettomuus, väsymys ja painonlasku- tai nousu ovat myös yleisiä. Muita oireita ovat seksuaalinen haluttomuus, levottomuus ja muistamisvaikeudet. Kuolemantoiveet ja itsetuhoiset ajatukset ovat vakavammissa masennustiloissa myös läsnä. (Huttunen 2011.)

Masennustila kehittyy vähitellen ja sen tunnistaminen on vaikeaa. Ensimmäiset oireet voivat ilmetä nukahtamisvaikeuksina, ärtyisyytenä ja jatkuvana väsymyksenä. Masennustilassa väsymyksen ja uupumuksen tunne ei lieivity lainkaan vaikka saisi riittävästi lepoa. Masennus aiheuttaa toimintakyvyn laskua ja elämänlaatu laskee. Lisäksi altistuminen joillekin somaattisille sairauksille kasvaa masennuksen yhteydessä. (Kuokka 2012.)

Vanhusten masennus on vaikea diagnosoida, minkä takia se jää usein hoitamatta. Merkittävä syy, jonka takia masennusta ei tunnisteta, on oireiden monimuotoisuus. Tunnistamisen esteenä voidaan pitää myös psyykkisiin sairauksiin liitettyä häpeää. Lisäksi somaattiset sairaudet hankaloittavat

masennuksen toteamista, sillä niiden oireet ovat usein samankaltaisia masennusoireiden kanssa. (Kuokka 2012.)

2.2 Masennuksen hoito

Masennuksen hoito voidaan aloittaa, kun se on diagnosoitu. Hoito jaetaan kolmeen päävaiheeseen. Vaiheet ovat akuuttivaihe, jatko- ja ylläpitohoito. Akuuttivaiheessa hoidon tavoitteena on oireettomuus ja akuuttivaihe jatkuu niin kauan kunnes potilas on oireeton. Jatkohoidon tavoitteena on estää oireiden palaaminen ja ylläpitohoidolla estetään uudet mahdolliset sairausjaksot. (Depressio: Käypä hoito- suositus 2010).

Masennuslääkkeet ovat tärkeässä asemassa, mitä vaikeammasta masennustilasta on kysymys. Lääkehoito on aiheellinen kuitenkin lievässäkin masennustilassa aina psykoottiseen masennustilaan. Lääkevalmisteen valinnassa keskeisinä tekijöinä pidetään aiempaa hyvää vastetta. Potilaan somaattiset sairaudet tulee myös ottaa huomioon ja haittavaikutukset sekä interaktiot mahdollisten muiden lääkkeiden kanssa huomioidaan valinnassa. (Depressio: Käypä hoito- suositus 2010.)

Masennusta hoidossa käytetään yleensä erilaisia terapioiden ja yleisemmin käytetty on psykoterapia. Psykoterapian tarkoituksena on tunnistaa ja poistaa oireita ylläpitäviä ajatusmalleja. Psykoterapiassa pyritään löytämään yhdessä ongelmalliset ajatusmallit ja luomaan haitallisten ajatusmallien tilalle uusia ja toimivia. Tutkimusten mukaan jopa 80 prosenttia hyötyy psykoterapiasta ja voivat paremmin verrattuna henkilöihin, jotka eivät käytä psykoterapiaa. (Huttunen 2008.)

Psykoterapia on tutkimusten mukaan tuloksellinen hoitomuoto masennukseen ja erilaisia psykoterapiatyhmiä on paljon. Psykoterapiaa on yksilö-, ryhmä-, paritai perheterapiana ja sen sisältö vaihtelee potilaan mukaan. Lisäksi psykoterapiaa voidaan toteuttaa myös luovana terapiana, joita ovat esimerkiksi musiikki-, taide- ja kirjallisuusterapia. (Huttunen 2008.)

Sähköhoidon on todettu olevan tehokas hoitomuoto masennuksesta kärsiville ja erityisesti ikääntyneille, jotka kärsivät vaikeasta masennuksesta. Joskus sähköhoito on ainoa vaihtoehto, jos lääkkeistä aiheutuu enemmän sivuvaikutuksia kuin hyötyä tai lääketoleranssi on kasvanut liian suureksi. (Depressio: Käypä hoito- suositus 2010.) Sähköhoidon suosio on kasvanut viimeisen kymmenenvuoden aikana merkittävästi. (Vataja 2013.)

3 AIVOJEN SÄHKÖHOITO MASENNUKSESSA

Sähköhoito eli elektrokonvulsiivinen hoito (ECT) on eräiden psykiatristen sairauksien hoitotoimenpide, jossa aiheutetaan potilaalle kouristuskohtaus johtamalla aivojen läpi haluttua reittiä sähkövirtaa terapeuttisista syistä. Toimenpide tehdään yleisanestesiassa, joka saavutetaan antamalla potilaalle lihasrelaksanteja ja anesteettia. Hoidon tavoitteena on aiheuttaa potilaalle kouristuskohtaus. Sähköhoidon vaikutusmekanismeja ei tunneta tarkkaan. Tiedetään kuitenkin, että se vaikuttaa aivojen kemialliseen tasapainoon, erityisesti aivojen etulohkon verenkiertoon, jolla on positiivinen vaikutus masennukseen. (Partonen ym. 2008.)

3.1 Sähköhoidon käyttöaiheet

Sähköhoitoa tulee harkita käytettäväksi kun nopea hoitovaste on välttämätöntä potilaan hoidon kannalta, muut hoitomuodot aiheuttaisivat todennäköisesti enemmän haittavaikutuksia tai potilaalla on ollut aiemmin hyviä kokemuksia sähköhoidosta. Sähköhoitoa voidaan käyttää niin vanhusten kuin nuorten vaikeiden masennustilojen hoitoon, lisäksi se soveltuu raskaana olevien naisten oireiden lieventämiseen. Nuorten kohdalla sähköhoitoa voidaan käyttää jos lääkehoito ei tuota haluttua tulosta. Hoitovasteen on todettu olevan nopeampi nuorilla kuin vanhuksilla. (Partonen ym. 2007.) Sähköhoidon on todettu olevan hyödyllistä erityisesti vauhuksilla, joilla ei ole kognitiivisia häiriöitä (Hausner ym. 2008). Hausnerin tutkimuksessa tutkittiin miten kognitiiviset häiriöt vaikuttavat sähköhoidon tehoon vanhuksilla (n=44). Tutkimuksessa on viitteitä siitä, että vanhukset, joilla ei ole kognitiivisia häiriöitä (n=13) hyötyivät enemmän verrattuna ryhmiin, joilla oli lievä kognitiivinen häiriö (n=16) tai dementia (n=12). Lisäksi huomattiin, että lääkehoito yhdistettynä sähköhoitoon saattaa parantaa sähköhoidon tehoa vanhuksilla, joilla on dementia. (Hausner ym. 2008.)

Sähköhoito on erityisen tehokas hoitomuoto masennustilojen hoitoon, johon liittyy somaattinen oireyhtymä, vakavia itsemurha- ajatuksia tai psykoottisia oireita. Sähköhoitoa käytetään yleisimmin vaikeasti masentuneilla potilailla, jos muut hoitomuodot eivät tuota haluttua tulosta tai ne aiheuttavat sivuvaikutuksia. Tällä hetkellä sähköhoito on tehokkain hoitomuoto masennuksen hoidossa. Muita käyttöaihteita ovat mania, skitsofrenia ja katatonia. (Partonen ym. 2007.)

3.2 Sähköhoidon käytännön toteutus

Ennen hoitjakson aloittamista potilaalle pitää kertoa minkä takia sähköhoitoa annetaan, hoidon tarkoituksesta, eduista ja haitoista sekä muista hoito vaihtoehtoista. Potilaalle pitää myös selvittää, mitä hoidosta kieltäytyminen aiheuttaa. (Partonen ym. 2008). Tutkimuksia, joita suositellaan tehtäväksi ennen toimenpidettä terveillä alle 65- vuotiailla ovat EKG, PVK + T ja seerumin elektrolyytit. Pitkäaikaissairailla tutkimukset lisääntyvät oman sairauden mukaan. (Leppämäki 2014.) Lääkärin on lisäksi tarkistettava potilaan lääkkeet mahdollisten yhteisvaikutusten varalta. Taulukko 1. (Partonen ym. 2008).

Taulukko 1. Lääkkeiden yhteisvaikutukset (Partonen ym. 2008)

Bentsodiatsepiinit	<ul style="list-style-type: none"> • nostavat kouristuskynnystä • lyhentävät kouristuksen kestoja
Klotsapiini	<ul style="list-style-type: none"> • altistaa myöhemmille kouristuksille
Lidokaiini	<ul style="list-style-type: none"> • nostaa kouristuskynnystä
Litium	<ul style="list-style-type: none"> • lisää hoidon jälkeistä sekavuutta • pidentää kouristuksen kestoja • pidentää lihasrelaksantin vaikutusta
Teofylliini	<ul style="list-style-type: none"> • pidentää kouristuksen kestoja

Lääkehoitoon ei normaalisti tarvitse puuttua sähköhoidon aikana. Lääkityksen muuttaminen vaikeuttaa sähköhoidon tehon arviointia ja siihen ei yleensä ole mitään syytä (Leppämäki 2014). On olemassa viitteitä siitä, että lääkehoito yhdistettynä sähköhoitoon olisi tehokkaampaa kuin sähköhoito yksinään. Navarron (2008) tutkimuksessa tutkittiin iäkkäitä (n=38), joilla oli psykoottinen masennustila. Potilaat jaettiin kahteen ryhmään. Toinen ryhmä sai nortriptyliinillä ja toista ryhmää hoidettiin nortriptyliinillä ja sähköhoidolla. Tutkimuksessa huomattiin, että relapsit vähenivät huomattavasti yhdistelmähoidolla vertailuryhmään verrattuna ja hoito muoto olisi turvallinen ja houkutteleva iäkkäillä. (Navarro ym. 2008.)

Sähköhoitoa voidaan antaa sijoittamalla elektrodit molemminpuolisesti ohimoille tai otsalohkon alueelle. Hoito voidaan antaa myös sijoittamalla elektrodit toispuolisesti, jolloin toinen elektrodi tulee ohimolle ja toinen korvan tasolle 3cm päältä alaspäin pään oikealle puolelle, johtuen siitä, että oikea puoli ei ole kielellisten taitojen suhteen vallitseva puolisko. Yleisempi antotapa on toispuolinen, koska molemminpuolisesta sijoitustavasta aiheutuu enemmän haittavaikutuksia. (Partonen ym. 2008). Molemminpuolista antotapaa käytetään tapauksissa, joissa tarvitaan nopeaa hoitovastetta. Tällaisia tilanteita on esimerkiksi psykoottinen tai suisidaalinen potilas tai jos molemminpuolisesta tavasta on ollut hyvä hoitovaste aiemmin. (Leppämäki 2014.)

Yhden hoitokerran aikana voi antaa korkeintaan kolme sähköärsytystä. Hoito aloitetaan yleensä varovasti, jotta voidaan arvioida kouristuksen tehokkuutta. Kouristuksen tehokkuuteen vaikuttaa sukupuoli, ikä, psyykkinen sairaus ja aikaisemmat hoitokerrat. Miehillä vastus on suurempi kuin naisilla, vanhuksilla suurempi kuin nuorilla ja masentuneilla suurempi kuin maanisilla potilailla. Lisäksi vastus kasvaa hoitokertojen lisääntyessä. Kouristuskynnys kasvaa keskimäärin 25-200% hoitojakson aikana. (Partonen ym. 2008.)

Sähköhoidossa aivoja ärsytetään sähköllä muutamien millisekuntien ajan pulsseina, mikä aiheuttaa yleistyneen 25-150 sekuntia kestävä kouristuksen. Jos kouristus on lyhyempi kuin 20 sekuntia, tulee energiamäärää nostaa samalla hoitokerralla. Jos taas kouristus kestää kauemmin kuin kolme

minuuttia, on kouristus kumottava antamalla suonensisäisesti bentsodiatsepiinia tai barbitraattia. Lisäksi nukutuksessa käytettävää lihasrelaksanttia voidaan antaa lisäannos. Kouristus määritetään seuraamalla potilaan aivo- ja lihassähkökäyrää. Happpisaturaatiota, verenpainetta ja EKG- käyrää seurataan kuten kaikissa anestesia- ja leikkauksissa. (Partonen ym. 2008).

Sähköhoitoa annetaan tavallisesti 2-3 kertaa viikossa. Viikottaisten hoitojen frekvenssin nostaminen ei ole todettu parantavan vastetta hoidolle. Sen sijaan epäillään, että se lisää kognitiivisten häiriöiden määrää. Tavallisesti potilaalle määrätään kerralla 4-10 hoitokertaa. (Partonen ym 2008.) Kliininen hoitovaste on tärkein mittari (Leppämäki 2014).

Sähköhoidon vaikutusmekanismeja ei tunneta tarkkaan, mutta PET- tutkimusten perusteella tiedetään, että aivojen verenkierto, glukoosin ja hapen käyttö sekä aivo- verinesteen läpäisevyys kasvavat kouristuksen aikana. Glukoosiaineenvaihdunta ja verenkierto laskevat otsalohkoissa kouristuksen jälkeen, mikä lupaa hyvää hoitovastetta vaikeassa masennuksessa. (Partonen ym. 2007.) Sähköhoidon on todettu lisäksi vähentävän masennuksen kroonistumista ja relapsien syntymistä (Huuhka ym. 2005).

3.3 Sähköhoidon vasta- aiheet ja haittavaikutukset

Sähköhoidolla ei ole ehdottomia vasta- aiheita. Suhteellisia vasta- aiheita ovat aivokasvain, muu aivojen laajentunut vaurio ja kohonnut kallonsisäinen paine. Lisäksi aivoverisuonien valtimoidenpullistuma, alle kuukauden vanha aivoverenvuoto, alle kolmen kuukauden vanha sydäninfarkti ja verenpainetauti ovat vasta- aiheita sähköhoidolle. (Heikman 2004).

Yleisin sähköhoidosta aiheutuva haittavaikutus on muistinmenetys. Tämä ilmenee noin ¾ potilaista. Ongelma tulee esille kun potilaan täytyy omaksua uutta tietoa tai myöhemmin kun potilas yrittää muistaa päivää ennen sähköhoitoa. Muistinmenetys on erityisen ongelmallista kun potilasta pitäisi ohjata sähköhoidon suhteen. Monet sähköhoitopotilaat eivät muista saaneensa lainkaan ohjausta hoitoansa ajatellen. (Fisher ym. 2011.)

Muistinmenetys on ohimenevää suurimmassa osassa tapauksissa. Anterogradinen ja retrogradinen muistinmenetys paranee yleensä kahden kuukauden aikana tai viimeistään puolen vuoden aikana. (Partonen ym. 2008.) Anterogradinen muistinmenetys tarkoittaa, että potilas ei muista tapahtumaa tai sen jälkeisiä lähitapahtumia. Retrogradinen amnesia tarkoittaa tilannetta, jossa potilas ei muista tapahtumaa edeltäviä tilanteita. (Huttunen 2013.) On havaittu, että retrogradinen muistinmenetys voi jäädä harvoin pysyväksi, jolloin potilas ei muista muutamaa päivää ennen sähköhoitoa. Sähköhoidon lisäksi anestesia aiheuttaa joitain haittavaikutuksia. Potilaista 5-10% kärsii sekavuudesta hoidon jälkeen, mikä johtuu nukutuksesta. Lisäksi nukutus ja sähköimpulssin antaminen yhdessä vaikuttaa sydämen toimintaa. Ne aiheuttavat taky- ja bradykardiaa sekä nostavat verenpainetta hoidon aikana. Lisäksi erittäin harvinainen haittavaikutus (0,1-0,5%) on myöhemmin ilmenevät kouristukset. MRI- tutkimukset ovat osoittaneet, että sähköhoito ei aiheuta fyysisiä muutoksia aivojen rakenteessa. (Partonen ym. 2008.)

4 MIELENTERVEYSPOTILAAN OHJAUS

Sairaanhoitajan ja muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden työhön kuuluu paljon potilaanohjausta. Potilasohjauksella voidaan vaikuttaa potilaan terveyteen ja hoitomyönteisyyteen. Hyvä ohjaus ei rajoitu vaan potilaisiin vaan se vaikuttaa myös potilaan omaisiin. Potilasohjauksella voidaan vaikuttaa myös suurempaan kokonaisuuteen, mikä vaikuttaa jopa kansantalouteen. Haasteita hyvälle potilasohjaukselle luo nykyiset lyhyemmät hoitoajat sekä se, että aina ei pystytä tarjoamaan hoitohenkilöstölle riittäviä resursseja hyvän ohjauksen toteuttamiselle. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.)

Suomessa laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) edellyttää, että jokaisella on oikeus hyvään hoitoon ja potilaalla on tiedonsaantioikeus omasta terveydentilasta sekä eri hoitovaihtoehdoista. Laissa on säädetty myös potilaan itsemääräämisoikeudesta. Hyvä ohjaus on perusta sille, että potilas saa tarpeeksi tietoa omasta hoidostaan mikä edellytys potilaan itsemääräämisoikeudelle ja mahdollisuudelle potilaan toimia yhteisymmärryksessä hoitohenkilökunnan kanssa. Ammattihenkilön pitää pystyä antamaan potilaalle riittävästi tietoa hänen hoidostaan niin, että potilas ymmärtää sen sisällön. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992).

Hoitohenkilökunnan ammattitaitoon liittyy myös, että pitää pystyä tunnistamaan ohjauksen tarve sekä pitää ymmärtää, mitkä eri tekijät vaikuttavat ohjaukseen. Osana hyvää ohjausta on tunnistaa hyvän ohjauksen eri osa-alueet ja niiden huominen ohjausta suunniteltaessa ja toteutettaessa. Eri osa-alueita, mitä ohjauksessa pitää huomioida, on potilaan fyysiset ja psyykkiset ominaisuudet ja valmiudet sekä sosiaaliset ominaisuudet ja muut vaikuttavat ympäristötekijät. Fyysisiä tekijöitä, mitkä vaikuttavat ohjaukseen ovat potilaan ikä, sukupuoli, sairauden laatu sekä se miten sairaus vaikuttaa potilaan elämään. Psyykkisiä tekijöitä mitä tulee huomioida ohjauksessa on esimerkiksi potilaan motivaatio, kyky oppia uutta tietoa, potilaan mieltymykset, potilaan mieltymykset ja millaisia asioita potilas odottaa saavansa ohjauksesta. Potilaan aikaisemmat terveystottumukset vaikuttavat myös ohjaukseen. Sosiaalisia tekijöitä

ohjauksessa ovat potilaan uskonto, kulttuurilliset erot, uskonnolliset tekijät sekä eettiset moraaliset tottumukset. Ympäristötekijöinä on esimerkiksi ympäristö missä ohjausta toteutetaan. Ympäristössä voi olla asioita mitkä estävät tai häiritsevät hyvän ohjauksen toteutumista. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.)

Lipposen (2014) tekemän tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunta perusterveydenhuollossa (n = 377) sekä hoitohenkilökunta erikoissairaanhoidossa (n = 203) käyttää aikaa ohjaukseen työvuoron aikana noin kolme tuntia. Tutkimuksen mukaan 49% tiedosta mitä käytettiin potilasohjauksessa perustui työkokemukseen. Työkokemusta hyödynnettiin selvästi eniten potilasohjauksessa. Tiedosta 29% perustui työyksikön ohjeistuksiin. Loput tiedosta mitä käytettiin ohjauksessa perustui saatuun koulutukseen, tieteellisiin tutkimuksiin, ammattilehtiin sekä täydennyskoulutuksiin. Vähiten hyötyä ohjauksessa koettiin saavan tieteellisistä tutkimustuloksista. (Lipponen 2014.)

Hoitohenkilökunnan arvioimia edellytyksiä ohjaukselle olivat valmiudet toteuttaa potilasohjausta kuten riittävää tietoa potilaan sairaudesta, tietoa potilaan kuntoutumisesta sekä suullisen-, kirjallisen- ja audiovisuaalisen ohjauksen hallinta. Potilasohjauksen toiminnan toteuttamismahdollisuuksia olivat käytettävissä oleva aika, tilat, kirjalliset ohjausmateriaalit, välineistö sekä hoitohenkilökunnan yhteistyö. Potilasohjauksen toteutuksessa pitäisi ottaa huomioon potilaslähtöisyys sekä tunneulottuvuus ohjauksessa. (Lipponen 2014.)

Mielenterveystyössä ja muuallakin hoitoalalla ohjaus tapahtuu tiiviissä yhteistyössä sekä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Tällöin potilaan ja hoitajan välinen yhteistyön sujuvuuden merkitys korostuu. Voidaan puhua hoitajan ja potilaan välisestä yhteistyösuhteesta, jotta yhteistyö olisi sujuvaa niin hoitajalta vaaditaan ammatillista osaamista. Tämä tarkoittaa sitä, että hoitaja tietää millaisia muotoja yhteistyösuhteesta voidaan käyttää mielenterveyshoitotyössä ja ylipäättänsä hoitajan tulee ymmärtää mitä tarkoittaa potilaslähtöisyys hoidettaessa mielenterveyspotilasta. Ammatillisessa yhteistyösuhteessa hoitajan tulee pystyä kehittämään itseymmärrystään, mikä

tarkoittaa sitä, että hoitaja kykenee erittelemään ja tiedostamaan tunteensa. (Kuhanen ym. 2013.)

Potilaslähtöisyys on yksi keskeisimpiä asioita mielenterveystyössä. Yksi tärkeimpiä asioita yhteistyösuhteessa potilaalla ja hoitajalla on sama lähtökohta ja päämäärä, ja se on potilaan mielenterveyden edistäminen ja hoitaminen. Mielenterveyspotilaiden on todettu pystyvän selviytymään jokapäiväisessä elämässään, kun he saavat riittävästi tukea. Riittävällä tuella mielenterveyspotilas kykenee löytämään erilaisia toimintatapoja oman elämänsä hallintaan. Tärkeitä osa-alueita yhteistyösuhteessa ovat dialogisuus, kokonaisvaltaisuus, voimavaralähtöisyys, luottamuksellisuus ja empatia. (Kuhanen ym. 2013)

Koivunen ym. (2011) tutkivat hoitajien rooleja potilasohjauksessa psykiatrisessa hoitotyössä. Tutkimuksessa hoitajat jaettiin kahteen ryhmään. Toinen ryhmä hyödynsi potilasohjauksessa teknologiaa (n=14) ja toinen ryhmä käytti potilasohjauksessa perinteisiä ohjausmenetelmiä (n=16). Tuloksia kerättiin haastattelemalla tutkimukseen osallistuneita hoitajia. Tutkimuksessa kävi ilmi, että teknologiaa ohjaustyössä hyödyntävät sekä perinteisiä ohjausmenetelmiä hyödyntäneet hoitajat käyttivät erilaisia rooleja potilasohjauksessa. Erilaisia hoitajien käyttämiä rooleja ohjaustilanteessa olivat neuvoja, oppija, yhteistyötä tekevä, opettaja sekä rajoittaja. Hoitajat muokkasivat rooliaan aina potilaan mielenkiinnon mukaan, sekä potilaan psyykkisen terveydentilan mukaan. Tutkimuksessa käy ilmi se, että mielenterveyspotilasta hoidettaessa hoitajalla pitää olla kyky tunnistaa potilaan tarpeet ja kyvyt oppia tietoa, ja tämän mukaan muuttaa lähestymistapaansa sekä ohjausmetodejaan. (Koivunen ym. 2011)

Tärkeitä menetelmiä millä pystytään luomaan hyvä yhteistyösuhde potilaan ja hoitajan välille ovat huolenpito, Läsnäolo, keskustelu sekä kuunteleminen ja havainnointi. Huolenpidossa Lähtökohtana mielenterveyspotilaan hoitamiselle on halu auttaa ja tehdä toisen ihmisen olo hyväksi. Huolenpidolla voidaan osoittaa potilaalle välittämistä ja kunnioittamista. Tällä tavalla potilas kokee olonsa turvalliseksi ja se antaa myös toivoa potilaalle. Tärkeää yhteistyösuhteen luomiselle on läsnäolo. Potilaan tulee kokea, että keskusteluissa hoitaja on

aidosti kiinnostunut ja on tilanteessa pelkästään potilasta varten. Tällä tavoin potilas kokee arvostusta ja kunnioitusta. Keskustelu on yksi keskeisimpiä menetelmiä luodessa yhteistyösuhdetta potilaan kanssa. Sisältö keskusteluille tulee potilaan tarpeista ja tavoitteista. Keskustelu on usein hoidollista ja keskustelun sisältönä voi olla potilaan vointi ja hoito tai keskustelun sisältö voi olla ihan arkipäiväiset asiat, kuten potilaan mielenkiinnon kohteet tai arkiaskareet. Kuunteleminen ja havainnointi on tärkeä osa hoitajan aktiivista toimintaa. Tämä tarkoittaa sitä, että oikeasti kuunnellaan mitä potilaalla on sanottavaa ja hoitajan pitää myös havainnoida mitä potilas viestii olemuksellaan ja mitä potilas mahdollisesti jättää kertomatta. tällainen kuunteleminen tarkoittaa ajan antamista potilaalle. Kuuntelemisella pyritään selvittämään potilaan tunteita ja sada tietoa potilaasta sekä antaa potilaalle mahdollisuus selventää omia ajatuksiaan. Potilaat usein kertovat tärkeäksi osaksi hoitoa tulla kuulluksi. (Kuhanen ym. 2013)

Potilasohjauksessa voidaan myös hyödyntää audiovisuaalista materiaalia, kuten videoita, tietokoneohjelmia, erilaisia äänitteitä tai ohjaus voidaan toteuttaa puhelimen välityksellä. Videon avulla tapahtuvaa ohjausta voidaan hyödyntää varsinkin potilailla, joilla on vaikeuksia lukea kirjallista ohjausmateriaalia. Videolla tapahtuva ohjaus on myös taloudellisesti kannattavaa, koska ne eivät ole niin sidottuja aikaan tai paikkaan ja videolla tapahtuva ohjaus mahdollistaa ohjauksen oikea-aikaisuuden. Käytettäessä videota ohjauksessa tulee muistaa, että se voi aiheuttaa potilaassa vahvoja tunteita tai väärinkäsityksiä, siksi potilaalle tulee suoda mahdollisuus keskustella videosta heränneistä kysymyksistä hoitajan kanssa. Videolla on mahdollista jakaa muiden potilaiden kokemuksia sekä esitellä miten toimenpiteitä suoritetaan ja paikkoja missä niitä tehdään. (Kyngäs ym. 2007)

Armstrong ym. (2010) tekemässä tutkimuksessa tutkittiin audiovisuaalisen materiaalin käyttöä potilasohjauksessa. Tutkimuksessa oli kaksi ryhmää. Vertailuryhmässä potilaat saivat suullisen ohjeistuksen (n=42) ihonäytteenoton jälkeiseen haavanhoitoon ja toinen potilasryhmä sai saman ohjeistuksen videomateriaalin avulla (n=42). Tutkimuksessa vertailtiin tiedon ja

potilastyytyväisyyden muutoksia ennen ja jälkeen annettua suullista tai audiovisuaalista ohjausta. Tutkimuksesta selvisi, että videoryhmän tieto haavanhoidosta parani enemmän kuin verrokkiryhmän. Video-ohjausta saanut ryhmä oli myös tyytyväisempiä saatuun ohjaukseen kuin suullista ohjausta saanut verrokkiryhmä. (Armstrong ym. 2010)

5 OPINNÄYTETYÖN TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Opinnäytetyön tehtävänä on tehdä potilasohjaus dvd sähköhoidon toteuttamisesta Salon vanhus- ja neuropsykiatricalle potilaiden ja heidän omaisten ohjaukseen. Opinnäytetyön tavoitteena on parantaa potilasohjausta ja samalla lisätä potilaiden sekä omaisten tietoa sähköhoidosta

6 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

Koko väestöstä masennuksesta kärsii 5%. Masennus- ja ahdistusoireita esiintyi Suomessa vuonna 2011 noin joka kymmenellä yli 65-vuotiaalla. (Koskinen ym. 2011.) Sähköhoidon on todettu olevan varteen otettava hoitomuoto vaikeasta masennuksesta kärsivien yli 75-vuotiaiden kohdalla (Depressio: Käypä hoitosuositus 2010). Masennuksen on todettu aiheuttavan toimintakyvyn laskua sekä olevan myös syynä elämänlaadun laskuun. Lisäksi altistuminen joillekin somaattisille sairauksille kasvaa masennuksen yhteydessä. Vanhusten masennus on vaikea diagnosoida, minkä takia se jää usein hoitamatta. Merkittävä syy, jonka takia masennusta ei tunnisteta, on oireiden monimuotoisuus. Lisäksi somaattiset sairaudet hankaloittavat masennuksen toteuttamista, sillä niiden oireet ovat usein samankaltaisia masennusoireiden kanssa. (Kuokka 2012.)

Sähköhoito aiheuttaa sivuvaikutuksena muistinmenetystä, mikä asettaa haasteita potilasohjaukselle. On näyttöä, että suuri osa potilaista unohtaa saaneensa ohjausta. (Rayner ym. 2009.) Siksi opinnäytetyönä tehtiin dvd, jonka tarkoituksena oli tehdä potilasohjaus dvd sähköhoidon toteuttamisesta Salon vanhus- ja neuropsykiatrialle potilaiden ja heidän omaisten ohjaukseen. Opinnäytetyön tavoitteena oli parantaa potilasohjausta ja samalla lisätä potilaiden sekä omaisten tietoa sähköhoidosta. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrisella tulosalueella oli tarve tällaiselle työlle. Tämä opinnäytetyö valittiin, koska tekijät ovat kiinnostuneita psykiatrisesta hoitotyöstä ja tekniikan hyödyntämisestä hoitotyössä.

Opinnäytetyön toimeksiantajana oli Salon aikuispsykiatrian poliklinikan vanhus- ja neuropsykiatrian työryhmä, josta yhteyshenkilöinä toimivat Anne Hukari ja Pirkko Holmström. Opinnäytetyön toteuttamisen aikana oltiin lisäksi yhteistyössä Halikon sairaalan vanhuspsykiatrian osaston kanssa, jossa sähköhoitoa toteutetaan. Dvd:tä on tarkoitus käyttää Salon aikuispsykiatrian

poliklinikan potilasohjaustilanteissa ja siksi dvd:n sisältöä suunniteltiin toimeksiantajien kanssa. Toimeksiantosopimus (Liite 1.) tehtiin Halikon sairaalan ylihoitaja Sirpa Vuorisen kanssa, projektisuunnitelman pohjalta. Projektisuunnitelman pohjana käytettiin osittain Turku Clinical Research Centren ohjeistuksia, koska opinnäytetyö on toiminnallinen projekti eikä tutkimus. Projektisuunnitelma lähetettiin hyväksyttäväksi Turku CRC:iin, josta saatiin tutkimuslupa (Liite 2.) projektiin. (Turku CRC 2014.)

Aiheeseen perehdyttiin tekemällä hakuja eri tietokantoihin ja lukemalla tiivistelmiä sekä artikkeleita, joiden perusteella valitut tutkimukset ja teokset valittiin. Tietoa haettiin käyttämällä Cinahl, Medic ja PubMed- tietokantoja. Hakusanoina olivat: "ECT & depression" ja "elderly". Suomalaisessa tietokannassa "sähköhoito & masennus" ja "vanhus". Tulokset rajattiin sisällyttämään julkaisuja vuosilta 2004- 2014. Sisällyttämällä vanhukset (elderly) hakuun, tuli hakutuloksista liian suppeat. Opinnäytetyötä tehtäessä käytettiin kymmentä tutkimusta, jotka saatiin haulla sähköhoito (ECT) ja masennus (depression). Apuna käytettiin lisäksi Käypä Hoito- suositusta masennuksesta. Työn hyvä otsikointi on tärkeää, koska se auttaa lukijaa hahmottamaan tekstin sisällön. Kirjallisuuskatsauksessa käytettiin otsikoina kappaletta kuvaavaa teoreettisesta sisältöä, joka on suositeltavaa lukemisen helpottamiseksi. (Paunonen ym. 2006).

Sisältö suunniteltiin valmiiksi 2014 kevään aikana. Toimeksiantajan kanssa käytiin läpi sisältö ja asiat, jotka dvd:llä tulee käsitellä. Se sisältää tietoa sähköhoidon käytännön toteutumisesta, sähköhoidon indikaatioista ja kontraindikaatioista, tiheydestä, vaadittavista alkututkimuksista, esivalmisteluista itse sähköön antamisesta ja jälkiseurannasta. Edellä mainitut asiat ovat yleisen sähköhoitoprotokollan mukaisia ja tiedot esitettiin videolla kirjallisuuteen perustuen. Kuvaustilanteeseen ei ollut erillistä käsikirjoitusta vaan hoitotoimenpide oli autenttinen, joka kuvattiin.

Toimeksiantajan ehdotuksesta kuvattiin potilasta hoitotilanteessa saamassa sähköhoitoa. Kuvausta varten tarvittiin suostumus potilaalta itseltään ja dvd:llä esiintyvältä henkilökunnalta. Vanhus- ja neuropsykiatrian henkilökunta kysyi

potilaalta suostumuksen sähköhoidon kuvaamiseen. Potilasta varten tehtiin tiedote (Liite 3.) ja suostumuslomake (Liite 4.), josta kävi ilmi ajankohta, kesto, vapaaehtoisuus sekä mahdollisuus kieltäytyä ja keskeyttää tilanne.

Kuvausvälineet lainattiin Turun Ammattikorkeakoulun, Salon toimipisteeltä. Lisäksi käytettiin työn tekijöiden omaa videokameraa. Ennen hoitotoimenpidettä valmisteltiin kamerat paikoilleen toimenpidehuoneeseen. Kuvauksissa käytettiin kahta kameraa. Toinen kameroista kuvasi potilasta jalkopäästä kolmijalan päältä. Toisella kameralla kuvattiin käsin eri kuvakulmista. Kuvaaminen lopetettiin, kun sähköhoito päättyi ja potilas poistui toimenpidehuoneesta.

Materiaali kuvattiin kesäkuussa 2014 Halikon sairaalassa vanhuspsykiatrian osastolla. Ensimmäisellä kuvauskerralla potilas ei suostunut toimenpiteen kuvaamiseen. Potilaan itsemääräämisoikeutta kunnioittaen kuvaus jätettiin tekemättä sillä kertaa. Samalla kerralla sovittiin uusi kuvausaika uuden potilaan kanssa seuraavalle viikolle osastolla. Henkilökunta lupasi kysyä seuraavalta potilaalta alustavan suostumuksen etukäteen. Toisella kuvauskerralla potilas tiesi etukäteen, että hoitokerta kuvataan. Potilaalta pyydettiin myös kirjallinen suostumus ja kerrottiin miksi kuvattiin ja mihin tarkoitukseen. Lisäksi korostettiin mahdollisuutta kieltäytyä kuvaukseen osallistumisesta ja sitä, että kuvaaminen voidaan keskeyttää milloin vain toimenpiteen aikana. Lisäksi henkilökunnalle jaettiin tiedote kuvauksesta (Liite 5.) ja kysyttiin suostumus kirjallinen suostumus suostumuslomakkeella kuvaukseen. Kuvaus tilanne kesti noin 30 minuuttia. Hoitotilanteessa oli kaksi hoitajaa, sähköhoidon toteuttava lääkäri sekä anestesia-lääkäri. Kuvaus sujui ongelmitta.

Lopullisen DVD:n editointiin käytettiin ilmaisohjelmaa Windows Movie Maker. Taustamusiikkina DVD:llä käytettiin vapaasti käytettävissä olevaa musiikkia, joka ladattiin osoitteesta youtube.com. Toimeksiantaja lupautui rahoittamaan mahdollisia kustannuksia 500€ edestä. (Liite 6.) Lopulta DVD toteuttamiseen ei kulunut merkittävästi rahaa, koska editointiin ei tarvittu ulkopuolista apua ja siinä käytettiin ilmaisohjelmia. Ainoa kustannus lopulta oli tyhjän DVD-levyn hinta, joka päätettiin maksaa itse. Tämän lisäksi henkilökunnalta kului arviolta yksi

kahdeksan tunnin työpäivä valmisteluihin, kuvaukseen ja sen sisällön tarkistukseen.

Videon avulla tapahtuvaa ohjausta voidaan käyttää potilailla, joilla on vaikeuksia ymmärtää kirjallista ohjausmateriaalia. Videolla tapahtuvan ohjauksen etuina ovat taloudellisuus, kokemusten jakaminen sekä toimenpiteen ja paikkojen esittely ja sen suorittaminen (Kyngäs ym. 2007). Dvd:stä selviää potilaalle ja omaisille sähköhoidosta asiat, jotka tulee huomioida hoitoa suunnitellessa ja tavanomaisen hoitokerran kulku. Alussa käydään läpi mihin sähköhoitoa käytetään ja minkälaiselle potilaalle se sopii ja hoidon kannalta huomioitavat lääkitykset ja niiden vaikutukset käsitellään. Alku on toteutettu vaihtuvien kuvien, joissa tekstityksen avulla käydään asioita läpi. Tämän jälkeen näytetään itse hoitotoimenpide ja siihen liittyvät alkuvalmistelut. Hoitotoimenpide on videokuvaa hoitotilanteesta ja siinä näkyy, kun potilaalle annetaan sähköä. Lopuksi videolla käsitellään vasta-aiheet hoidolle ja käydään läpi mahdolliset haittavaikutukset, hoidon vasteen arviointi ja vielä sähköhoidon edut. Lisäksi lopussa kehoitetaan kysymään hoitohenkilökunnalta vielä mahdollisista askarruttavista asioista. Loppu on toteutettu myös kuvia ja tekstiä apuna käyttäen. Dvd:n pituus on noin 7 minuuttia ja asiat käydään läpi mahdollisimman yksiselitteisesti, jotta potilaan ja omaisten on helppo ne omaksua. Dvd:llä on tekstitys ja osittain taustalla kuuluu myös kertojan ääni. Toimeksiantaja tarkasti ja hyväksyi dvd:n sisällön ennen sen luovuttamista.

Valmis opinnäytetyö esitettiin marraskuussa 2014 Turun Ammattikorkeakoulun, Salon toimipisteessä ja valmis dvd esiteltiin ja luovutettiin toimeksiantajille käytettäväksi potilaiden ja omaisten ohjauksessa. Opinnäytetyö julkaistiin ja arkistoitii sähköisesti ammattikorkeakoulujen julkaisuarkisto Theseuksessa sekä saatavilla Salon toimipisteen kirjastosta. Kirjallinen työ lähetettiin hoitotyön toimistoon Turku CRC:en.

7 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Mielenterveystyö on yksi eettisesti eniten ongelmia sisältävä alue hoitotyössä, johtuen näiden sairauksien luonteesta. Mielenterveysongelmat vaikuttavat ajatteluun ja siten vaikeuttavat potilaan kykyä tehdä päätöksiä koskien omaa terveydentilaa. Usein mielenterveysongelmissa sairaudentunne puuttuu ja ymmärrys omasta tilasta on vajavainen, joten käsitys avun tarpeesta voi olla vääristynyt. Mielenterveyspotilaiden kanssa työskennellessä on erityisen tärkeää pohtia eettisiä kysymyksiä, sillä nämä sairaudet aiheuttavat merkittävästi kärsimystä ja toimintakyvyttömyyttä. (Leino- Kilpi & Välimäki 2014.) Ennen sähköhoidon toteuttamista potilaalle pyritään selvittämään miksi suositellaan kyseistä toimenpidettä ja mitä hyötyjä siitä olisi potilaalle. Työstä käy ilmi sähköhoidon edut ja haitat potilaalle.

Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (488/1999) määrittelee, että tutkittavan etu ja hyvinvointi on aina asetettava tieteen ja yhteiskunnan etujen edelle. Tutkittavan saa asettaa alttiiksi vain sellaisille toimenpiteille, joista odotettavissa oleva terveydellinen tai tieteellinen hyöty on selvästi suurempi kuin tutkittavalle mahdollisesti aiheutuvat riskit ja haitat (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999, 4 §). Kuvaustilanteesta ei aiheutunut potilaalle mitään ylimääräistä vaivaa, koska tilanne oli normaali hoitosuunnitelman mukainen hoitotilanne lukuun ottamatta kameroita ja tekijöiden läsnäoloa. Potilaalle tehtiin selväksi ennen kuvaamista, että videolla esiintyminen auttaisi tulevaisuudessa muita potilaita saman prosessin läpikäymisessä. Tällaisessa tilanteessa potilaan yksityisyys on hataralla pohjalla. Toisaalta eri ihmisillä on erilainen käsitys yksityisyydestä. (Leino- Kilpi 2014). Monet eivät olisi varmaan suostuneet kuvattavaksi lähes alastomana videolle, jonka mahdollisesti sadat ihmiset tulevat näkemään tulevaisuudessa. Osallistuminen videolle oli kuitenkin vapaaehtoista.

Potilaan ihmisarvon kunnioittaminen on erityisen tärkeää ihmistieteissä, mikä auttaa ja tekee hankkeesta eettisesti pätevämmän (Hirsjärvi ym. 2009). Potilaalta tulee pyytää niin sanottu informed consent eli tietoinen suostumus.

Siinä potilas on tietoinen ja perehtynyt asiaan, johon hän ryhtyy. (Leino- Kilpi & Välimäki 2014). Tietoa pitää potilaalle antaa kirjallisesti ja suullisesti. (Rayner ym. 2009). Toimeksiantajan ehdotuksesta dvd:llä esiintyy oikea potilas aidossa hoitotilanteessa saamassa sähköhoitoa. Tähän tarvittiin suostumus potilaalta itseltään. Kysytyllä suostumuksella (Liite 4) varmistettiin potilaan itsemääräämisoikeus sekä tiedotteella (Liite 3) varmistettiin, että potilas on saanut vaaditut tiedot ja ymmärtänyt mihin hän ryhtyi. Opinnäytetyössä tämä varmistettiin kirjallisella suostumuksella ja tiedotteella liittyen projektiin. Samat asiat, mitä tiedotteessa lukee, kerrottiin vielä suullisesti potilaalle ennen toimenpidettä ja painotettiin vapaaehtoisuutta sekä mahdollisuutta keskeyttää koska vain ennen nukuttamista.

Potilaan tulee olla kykenevä antamaan suostumus osallistumisesta toimenpiteeseen. Jo esimerkiksi pelko tai ahdistus voivat olla esteenä antaa luotettava päätös. Myös vakavat onnettomuudet, mielenterveyshäiriöt ja kehitysvammaisuus voivat olla esteenä antaa suostumus. On myös tärkeää olla automaattisesti luokittelematta potilasta kykenemättömäksi hänen sairauden takia (Leino- Kilpi & Välimäki 2014.) On myös mahdollista, että koska hoitaja kysyi luvan kuvaukseen, vaikutti tämä potilaan päätökseen osallistua kuvaukseen. Potilas tunsu mahdollisesti painetta osallistua kuvaukseen. Kuvattu potilas oli mielentilaltaan kykenevä antamaan tietoisu suostumuksen. Potilaan kunnon arvioiminen tähän jätettiin henkilökunnan vastuulle.

Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 6 §). Autonomia on yksi ihmisen elämisen peruselementeistä ja sitä on kunnioitettava. Autonomia hoitotyössä tarkoittaa sitä, että potilas voi vaikuttaa itse hoitoonsa. Tietoisuus siitä, että potilas voi vaikuttaa omaan hoitoonsa ja tehdä päätöksiä sitä koskien lisää yleistä hyvinvointia. (Leino- Kilpi & Välimäki 2014.) Potilas säilyy videolla anonyyminä. Potilaan henkilötietoja ei julkaista missään, jotta häntä ei voida tunnistaa videolta ja näin mahdollisesti

aiheutuisi haittaa tulevaisuudessa. Potilaan kasvoja ei peitetä videolla, koska kuvakulma oli sellainen, että tunnistaminen videolta on vaikeaa. Mielenterveyspotilaat ovat erityisen haavoittuva potilasryhmä ja videolta tunnistaminen aiheuttaisi tarpeetonta leimautumista. Ainoastaan tekijät ja hoitopaikan henkilökunta tietävät potilaan nimen. Suostumuslomakkeet ja potilaan henkilöllisyystiedot säilytetään Turun Ammattikorkeakoulun Salon toimipisteessä asianmukaisesti mahdollisia epäselvyyksiä varten. DVD:lle haluttiin kuvata aito hoitotilanne, mikä tekee videosta luotettavan, koska sitä ei ole vääristetty tai esitetty millään tavalla. Lavastettu tilanne ei olisi yhtä uskottava ja aiheuttaisi näin mahdollisesti epäilyksiä potilaissa, jotka saavat ohjausta.

Suomessa on erilaisia tahoja, jotka valvovat tutkimushankkeiden eettisyyttä. Ne varmistavat, että hankkeet on toteutettu noudattamalla hyvää tieteellistä käytäntöä. (Hirsjärvi ym. 2009). Tutkimussuunnitelma on hyväksytty Turku Clinical Research Centerissä ja DVD:n toteuttamisessa on noudatettu heidän ohjeitaan.

Opinnäytetyöhön valittiin ainoastaan vuoden 2004 jälkeen julkaistut teokset lähdemateriaaliksi. Lähdemateriaalinen valinta työhön on tärkeä osa kirjallisen tuotoksen tekemistä. Materiaalia valitessa pitää ottaa huomioon kirjoittajan ja julkaisupaikan luotettavuus (Hirsjärvi ym. 2009). Lähdemateriaalit haettiin käyttämällä luotettuja hakukoneita. Lähdemateriaaliksi valittiin ainoastaan suomen ja englanninkieliset teokset tekijöiden kielitaidon takia. Tulkintavirheet ovat mahdollisia englanninkielisiä teoksia käytettäessä. Työn englanninkielinen tiivistelmä on tarkastettu koulun englanninkielen opettajalla. DVD:lle kuvattiin aito hoitotilanne, mikä tekee videosta luotettavan, koska sitä ei ole vääristetty tai esitetty millään tavalla. Opinnäytetyötä on tarkastettu työn joka vaiheessa asiantuntijoiden toimesta. Lopullisen version hyväksyy toimeksiantaja ennen käyttöönottoa ja esittämistä. Valmis DVD on tarkoitettu vain Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin käyttöön. Tästä syystä videota ei ole esitetty ulkopuolisille eikä sitä voi esitellä valmiin opinnäytetyön esittelytilaisuudessa.

8 POHDINTA

Koko väestöstä masennuksesta kärsii 5%. Masennus- ja ahdistusoireita esiintyi Suomessa vuonna 2011 noin joka kymmenellä yli 65- vuotiaalla. (Koskinen ym. 2011.) Puolella masennukseen sairastuneista sairaus uusiutuu ja joillain se kroonistuu elinikäiseksi. Pahimmissa tapauksissa masennus voi johtaa itsemurhaan (Huttunen 2011). Sähköhoidolla on erityisen hyvä ja nopea hoitovaste vaikeaan masennukseen ja itsetuhoisiin ajatuksiin (Leppämäki 2014).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä potilasohjaus dvd sähköhoidon toteuttamisesta Salon vanhus- ja neuropsykiatrilta potilaiden ja heidän omaisten ohjaukseen. Opinnäytetyön tavoitteena on parantaa potilasohjausta ja samalla lisätä potilaiden sekä omaisten tietoa sähköhoidosta.

Sähköhoidon on todettu olevan tehokas hoitomuoto masennuksesta kärsiville ja erityisesti ikääntyneille, jotka kärsivät vaikeasta masennuksesta (Hausner 2011). Suomessa ei kerätä kansallisia tilastoja sähköhoidon käytöstä. Viimeaikoina on uutisoitu sähköhoidon suosion huomattavasta kasvusta. Vuonna 2004 sähköhoitoon liittyviä käyntejä oli 433 ja 2012 n. 3600. Sähköhoito on alikäytetty masennuksen hoitomuoto. (Vataja 2013.) Sähköhoito estää masennuksen kroonistumista ja relapseja. (Huuhka ym. 2005). Ihmisillä on pelottava ja raaka kuva sähköhoidosta johtuen aiemmin syntyneestä maineesta. Pelkoihin ja ennakkoluuloihin voidaan vaikuttaa hyvällä ohjauksella. Hyvään potilasohjaukseen sisältyy tietoa sähköhoidon eduista ja sen vaikutuksesta sairauteen. Video-ohjaus on todettu hyväksi ohjausmuodoksi. Opinnäytetyöllä pyritään vaikuttamaan potilaiden asenteeseen ja vähentämään pelkoja sekä ennakkoluuloja sähköhoitoon liittyen.

Sairaanhoitajan ja muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden työhön kuuluu paljon potilaanohjausta. Potilasohjauksella voidaan vaikuttaa potilaan terveyteen ja hoitomyönteisyyteen (Kääriäinen & Kyngäs 2006). Suomessa jokaisella potilaalla on oikeus hyvään hoitoon ja on tiedonsaantioikeus omasta

terveydentilasta sekä eri hoitovaihtoehtoista (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Hoitohenkilökunta käyttää aikaa ohjaukseen työvuoron aikana noin kolme tuntia (Lipponen 2014).

Mielenterveystyössä hoitajat joutuvat potilasohjauksessa käyttämään monia erilaisia rooleja potilasta ohjatessaan riippuen aina potilaan psyykkisestä tilasta mielenkiinnosta sekä riippuen potilaan kapasiteetista oppia uutta tietoa. Hoitajalla pitää olla kyky tunnistaa potilaan tarpeet ja kyvyt oppia tietoa, ja tämän mukaan muuttaa lähestymistapaansa sekä ohjausmetodejaan. (Koivunen ym. 2011) Mielenterveystyössä hoito tapahtuu tiiviissä yhteistyössä sekä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Potilaan ja hoitajan välisen yhteistyön sujuvuus on erittäin tärkeää, ja jotta yhteistyö olisi sujuvaa niin hoitajalta vaaditaan ammatillista osaamista. Hoitajan täytyy tietää millaisia, muotoja yhteistyösuhteesta voidaan käyttää mielenterveyshoitotyössä. Hoitajan tulee ymmärtää mitä tarkoittaa potilaslähtöisyys hoidettaessa mielenterveyspotilasta. Ammatillisessa yhteistyösuhteessa hoitajan tulee pystyä kehittämään itseymmärrystään, mikä tarkoittaa sitä, että hoitaja kykenee erittelemään ja tiedostamaan tunteensa. (Kuhanen ym. 2013.)

Potilasohjaus on yksi tärkeä osa potilaan terveyden edistämistä ja siihen kuluu huomattavan paljon aikaa. Videon avulla tapahtuva ohjaus säästää henkilökunnan aikaa ja hoitajalle jää enemmän aikaa keskustella potilaan kanssa potilasta erityisesti askarruttavista asioista. Onnistunut ohjaus vaatii kokemusta ja ohjaustapojen- sekä välineiden hallintaa. Video mahdollistaa neutraalin ohjaustilanteen, missä ohjaukseen ei vaikuta hoitajan ja potilaan välinen suhde. Potilasohjauksessa on nykyään mahdollista hyödyntää teknologiaa ja sitä nykyään hyödynnetäänkin hoitotyössä koko ajan enemmän. Näiden riittävä hallinta on tärkeää. Potilasohjausta toteutettaessa tulee kuitenkin muistaa, että hoidon sekä ohjauksen tulisi olla aina potilaslähtöistä ja hoitajan tulisi aina huomioida potilaan tarpeet ja kyky sisäistää asioita. Hoitajan tulisi myös varmistaa potilaalta, että potilas on ymmärtänyt ohjauksen sisällön.

Potilasohjaus dvd:n tarkoitus on olla osa ohjausta ja sitä voi käyttää potilasohjauksen tukena. Sähköhoito toteutetaan kuitenkin aina yksilöllisesti.

Hoitojen tiheys ja määrät saattavat vaihdella potilaan hoitovasteesta riippuen. Dvd:llä esitellään yleiset hoitoperiaatteet. Suunnitelma hoidon toteuttamisesta tehdään kuitenkin aina yksilöllisesti, eikä dvd korvaa henkilökunnan panosta potilasohjaukseen.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista takaa potilaalle oikeuden hyvään hoitoon ja on tiedonsaantioikeus omasta terveydentilasta sekä eri hoitovaihtoehtoista (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.) Videolla potilas saa tietoa yhdestä mahdollisesta hoitovaihtoehdosta eli sähköhoidosta. Hoitohenkilökunnalle jää kuitenkin vastuu yhdessä potilaan kanssa keskustella muistakin hoitovaihtoehtoista.

Dvd on tilattu käytettäväksi Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiriin Salon vanhus- ja neuropsykiatrilalle ja sen sisältö vastaa heidän toiveita ja käytäntöjä sähköhoitoon liittyen.

Opinnäytetyö poikkosi alkuperäisestä aikataulusta, koska projektisuunnitelman teko viivästyi ja tutkimusluvan saamisessa kesti odotettua kauemmin. Opinnäytetyön edetessä tuli myös monia muita viivytyksiä, kuten sopivan kuvausajankohdan löytämisessä, potilaalta luvan saaminen kuvaukseen ja aikataulujen yhteensopivuus.

Opinnäytetyön tehtävien jakaminen ja suunnittelu sujui hyvin tekijöiden yhteisymmärryksessä. Alkuperäisestä suunnitelmasta poiketen jouduttiin tekemään videon editointi itse aikataulullisista syistä. Lisäksi päädyttiin editoimaan itse, koska materiaalin näyttäminen muille olisi kyseenalaista. Tämä oli osasyynä siihen, että työtä jaettiin entisestään ja kyettiin hyödyntämään jokaisen tekijän vahvuuksia. Haasteita videon teolle ja suunnittelulle asetti se, että kuvattua materiaalia ei voitu näyttää ulkopuolisille ja saada kehitysehdotuksia.

Videon sisältö koostuu toimeksiantajan ja tekijöiden näkemyksistä. Sisältö on sähköhoidon yleisen protokollan mukaista ja kirjallisuuteen perustuvaa. Tiedon yleisyyden takia videon käyttömahdollisuudet ovat laajat ja sitä voidaan käyttää potilasohjauksessa kaikilla sähköhoitoa tarvitsevilla potilailla ja heidän

omaisillaan. Autenttinen tilanne edesauttaa lieventämään pelkoja ja ennakkoluuloja sähköhoitoa kohtaan. Sähköhoito voi aiheuttaa muistihäiriöitä. (Fisher ym. 2011.) Videota voi näyttää ennen hoitoa ja tarvittaessa vielä sen jälkeen, jos potilaalla ilmenee muistihäiriöitä.

Sähköhoito masennuksen hoitomuotona on selvästi lisääntynyt viimevuosina. On ennustettu, että sähköhoidon suosio kasvaa entisestään. ECT hoito on erityisen tehokas, nopea ja turvallinen hoitomuoto masennukseen ja mitä masentuneempi potilas on, sitä tehokkaampaa se on. Yleinen tieto sähköhoidosta on vähäistä tai virheellistä, joka pitäisi pystyä korjaamaan. Hoitomuodon hyödyt pitäisi saada laajempaan tietoisuuteen ja hyväksytyksi sairauden kanssa kamppailevien keskuudessa. Tulevaisuudessa pitäisi keskittyä ihmisten näkökulmien muuttamiseen sähköhoitoon liittyen. Sähköhoitoa on vaikea tutkia kattavasti, koska hoitoja tehdään suhteellisen vähän. Lisää tutkittua tietoa kuitenkin kaivattaisiin erityisesti potilaiden ohjaamiseen ja mitä potilaille tapahtuisi ilman sähköhoitoa. Tämä on kuitenkin vaikeaa, koska vaikean masennukseen liittyy usein itsemurhariski ja hoitamatta jättäminen olisi eettisesti erittäin kyseenalaista.

Jatkossa voitaisiin tutkia kuinka paljon mielenterveyspotilaiden ohjauksessa käytetään videoita ohjauksen apuvälineinä. Samalla saataisiin tietoa potilailta, millaisena he kokevat videolta saadun ohjauksen.

LÄHTEET

Armstrong, A.W.; Alikhan, A.; Cheng, L.S.; Schupp, C.; Kurlinkus, C & Eisen, D.B. 2010. Portable video media for presenting informed consent and wound care instructions for skin biopsies. *British Journal of Dermatology*. Viitattu 20.10.2014 <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=16beb6a5-b61c-42ce-b3e3-bdba3ab09efa%40sessionmgr4004&vid=4&hid=4107>.

Depressio (online). 2010 Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen psykiatriayhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 7.10.2013 http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksentaytaartikkeli.../hoi50023#s12_5.

Duodecim. 2003. Sähköhoito tehokas masennuksessa. Viitattu 28.10.2014. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=uut03574&p_teos=uut&p_osio=16&p_selaus=.

Fisher, P.; Johnstone, L. & Williamson, K. 2011. Patients' perceptions of the process of consenting to electroconvulsive therapy. *Journal of Mental Health (J MENT HEALTH)*, 2011 Aug; 20 (4): 347-54. Viitattu 28.10.2014. <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/detail/detail?sid=ef7169dd-3f59-4528-92bd-a3ca41f92489%40sessionmgr4003&vid=0&hid=4114&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cin20&AN=2011214711>.

Hausner, L.; Damian, M. & Sartorius, A. ECT appears effective in depressed elderly patients with no cognitive impairments. *Brown University Geriatric Psychopharmacology Update*, 2011 Apr; 15 (4): 1-7. Viitattu 28.10.2014. <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/detail/detail?sid=c4d59e11-6a03-44cb-adf1-0a5836985003%40sessionmgr4002&vid=0&hid=4114&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cin20&AN=2010993594>.

Heikman, P. 2004. Sähköhoidon uusia näkymiä. *Duodecim* 2004. s.1219–25. Viitattu 28.10.2014. <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo94286.pdf>

Heikman, P.; Niemi-Murola, L. & Rosenberg, P. 2006. Aivojen sähköhoito ja anestesia. *FINNANEST* 2006; (39) s.28.32. Viitattu 28.10.2014. http://www.finnanest.fi/files/a_heikman.pdf

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Huttunen, M. 2010. Masennustilat eli depressiot. *Duodecim Terveyskirjasto*. Viitattu 7.10.2013. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00538.

Huttunen, M. 2008. Psykoterapiat. *Duodecim Terveyskirjasto* Viitattu 7.10.2013 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00004&p_haku=psykoterapia.

Huuhka, M.; Korpisammal, L. & Haataja, R. 2005. Pros and cons of using ECT in the elderly: severely depressed elderly patients may respond better to ECT than to antidepressants. *Brown University Geriatric Psychopharmacology Update* (2005 Jan; 9 (1): 1, 6. Viitattu 28.10.2014. <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/detail/detail?sid=b9758ff7-8c2f-467b-9637-f6f08f87c965%40sessionmgr4005&vid=0&hid=4114&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cin20&AN=2009117478>.

Koivunen, M.; Huhtasalo, J.; Makkonen, P.; Välimäki, M. & Hätönen, H. 2011. Nurses' roles in systematic patient education sessions in psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*. 2012. s. 546-54. Viitattu 5.12.2014. <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=5&sid=badf8619-a12a-430e-90fd-c21c65c5db5b%40sessionmgr115&hid=109&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cin20&AN=2011600230>.

Koskinen, S.; Lundqvist, A-M. & Ristiluoma, N. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 9.4.2013. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netiti.pdf?sequence=1.

Kuhanen, C.; Oittinen, P.; Kanerva, A.; Seuri, T. & Schubert, C. 2010. Mielenterveys hoitotyö. 1. painos. WSOYPro Oy. Helsinki. s. 148- 162.

Kuokka, P. Masentuneen vanhuksen hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 9.4.2013. http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=masennus.

Kyngäs, H.; Kääriäinen, M.; Poskiparta, M.; Johansson, K.; Hirvonen, E & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. painos. WSOY Oppimateriaalit. Helsinki. s. 116- 122.

Kääriäinen, Maria & Kyngäs, Helvi 2006. Ohjaus - tuttu, mutta epäselvä käsite. Viitattu 20.4.2013. http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidajalehti/10_2006/muut_artikkelit/ohjaus-tuttu-mutta-epaselva_ka/.

Leino- Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. Sanoma Pro Oy: Helsinki.

Leppämäki, S. 2014. Ohje depression sähköhoidon käytännön toteutuksesta. Duodecim 2014. Viitattu 28.10.2014. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix02125.

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun Yliopisto. Viitattu. 3.12.2014. <http://herkules.oulu.fi/isbn9789526203720/isbn9789526203720.pdf>

Navarro, V.; Gasto, C. & Torres, X. 2008. ECT plus antidepressant more effective than drug alone for psychotic depression. *Am Journal Geriatric Psychiatry* 2008 Vol:16, 498-505. Viitattu 15.4.2013. <http://web.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=6ba6f0cf-84a7-4614-980c-aaa9e901fb09%40sessionmgr113&vid=2&hid=125>.

Partonen, T.; Lönnqvist, J. & Syvälahti, E. 2007. Biologiset hoidot. Sähköhoito. *Psykiatria* 5., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. s. 732-737

Paunonen, M; Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Sanoma Pro Oy: Helsinki.


Rayner, L.; Kershaw, K.; Hanna D. & Chaplin R. 2009. The patient perspective of the consent process and side effects of electroconvulsive therapy. *Journal of Mental Health (J MENT HEALTH)*, 2009 Oct; 18 (5): 379-88. Viitattu 28.10.2014 <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/detail/detail?sid=050ce196-8f19-4ee2-ad35-195cec789c2d%40sessionmgr4004&vid=0&hid=4114&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cin20&AN=2010443526>.

Ritschkoff, J. & Vataja, R. 2009. Sähköhoitoa ei saa unohtaa. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2009 s.480-1. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo97878

Turku CRC. 2014. Ohjeisto. Terveystieteellisen tutkimusprosessin kuvaus, menetelmät sekä käytännön toteuttaminen. Tutkimussuunnitelma. Viitattu 28.10.2014.
<http://www.turkucrc.fi/index.phtml?s=59>.

Vataja, R. Yle Uutiset 2013. Sähköhoidot lisääntyneet hurjasti: Hoitojen määrä moninkertaistunut kymmenessä vuodessa. Viitattu 28.10.2014.
http://yle.fi/uutiset/sahkohoidot_lisaantyneet_hurjasti_hoitojen_maara_moninkertaistunut_kymmenessa_vuodessa/6972028.

Toimeksiantosopimus

 TURUN AMMATTIKORKEAKOULU TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES	OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS	1
--	--	---

OPISKELIJAN TIEDOT

Nimi Joni Salminen, Ari Oksa ja Samu Korot

Osoite _____

Puhelin koti _____ Puhelin työ _____

Sähköposti joni.salminen@students.turkuamk.fi

Koulutusohjelma Hoitotyö, sairaanhoitaja

OPINNÄYTETYÖ

Aihe/ työnimi Potilasohjaus DVD sähköhoidosta

Aikataulu Syksy 2013

TOIMEKSIANTAJA

Organisaatio VSSHP Psykiatrian tulosalue

Työn ohjaaja / yhteysthenkilö Anne Hukkanen

Osoite Sairaalantie 9, 6-talo, 24130 Salo

Puhelin _____ Sähköposti _____

OHJAAVAN OPETTAJAN YHTEYSTIEDOT

Ohjaava opettaja Anu Nousiainen

Puhelin _____ Sähköposti _____

Turun ammattikorkeakoulu
 Joukahaisenkatu 3 A, 20520 Turku
 puh. 02 263 350 faksi 02 2633 5791
 posti etunimi.sukunimi@turkuamk.fi

OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT*

OHJAUS JA VASTUUT

Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Turun ammattikorkeakoulu vastaa opinnäytetyön ohjauksesta. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.

OIKEUDET

Opinnäytetyön tekijänoikeus kuuluu tekijälle eli opiskelijalle. Tekijänoikeuden lisäksi myös muiden immateriaalioikeuksien osalta noudatetaan kulloinkin voimassa olevaa kyseessä olevaa oikeutta koskevaa lainsäädäntöä.

TYÖSUHDE JA KUSTANNUKSET

Mahdollisesta työsuhteesta, työstä maksettavasta palkki- osta ja työstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten korvaamisesta toimeksiantaja ja opinnäytetyön tekijä sopivat erikseen.

TULOSTEN JULKISTAMINEN JA LUOTTAMUKSELLISUUS

Opinnäytetyöstä laaditaan Turun ammattikorkeakoulun ohjeen mukainen kirjallinen raportti.

Kirjallinen raportti luovutetaan toimeksiantajalle ja asetetaan kirjaston kokoelmiin tai julkaistaan elektronisessa muodossa verkkokirjastossa.

Julkaistava opinnäytetyöraportti on laadittava niin, ettei se sisällä liike- tai ammattisalaisuuksia tai muita julkisuuslaissa (laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta) salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja, vaan ne jätetään työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyön arvioinnissa otetaan huomioon sekä julkaistava että salassa pidettävä osa.

Opinnäytetyön toimeksiantaja ja opiskelija sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat.


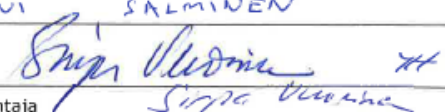
Toimeksiantajan edustajalle varataan mahdollisuus tutustua opinnäytetyöraporttiin viimeistään neljätoista (14) päivää ennen aiotun julkaisemista. Toimeksiantaja antaa työstä ennen edellä mainittua julkaisemisajankohtaa lausunnon, jossa voidaan määritellä opinnäytetyöraporttiin mahdollisesti sisältyvät liike- tai ammattisalaisuudet, joita ei julkaista.

Mitä liike- tai ammattisalaisuuksiin liittyviä asioita ei esitetä opinnäytetyöraportissa?

OLEMME YHTEISESTI SOPINEET OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUKSESTA YLLÄ ESITETYLLE TAVALLA

19.9.2013

19.9.2013


JONI SALMINEN
Opiskelija

Toimeksiantaja Sinikka Väänänen

LIITE : OPINNÄYTETYÖSUUNNITELMA

* Turun ammattikorkeakoulun toiminnan yhtiöittämistä vuoden 2014 alusta valmistellaan. Osakeyhtiön toiminnan alettua tämä sopimus siirtyy Turun AMK:n toiminnan vastaanottavalle yhtiölle.

Tutkimuslupa



VSSH/Psykiatrian tulosalue

20.11.2013

Päätös T173/5/2013

TUTKIMUSLUPA (Toimintasääntö § 15)

Tutkimuksen numero: T173/5/2013

Tutkimuksen nimi: *Potilasohjaus DVD sähköhoidosta*

Tutkimuksen ajoitus: 2013-2014

Vastuullinen tutkija: Anu Nousiainen (Turun AMK)
Opinnäytetyön suorittajat Joni Salminen, Ari Oksa ja
Samu Korot (Turun AMK)

Tutkittavat: sähköhoitoa saava potilas, anestesialääkäri, psykiatri ja
1-2 hoitajaa

Myönnän luvan yllä mainittuun opinnäytetyöhön VSSH:ssä. Edellytän, että opinnäytetyöstä ei aiheudu haittaa yksiköiden normaalille toiminnalle eikä muita kustannuksia sairaalalle.

Potilasta ei saa tunnistaa DVD kuvasta. DVD vain VSSH:n psykiatrian tulosalueen käyttöön. Asiasta on sovittu myös aikuispsykiatrian ylilääkäri Tommi Väyrysen kanssa.

Jukka Koivu
Johtaja, psykiatrian tulosalue

JAKELU Vastuullinen tutkija
Opinnäytetyön tekijä
TurkuCRC
Hoitotyön toimisto

Tiedote potilaalle

TIEDOTE POTILAALLE

Opinnäytetyö- Potilasohjaus dvd sähköhoidosta

Olemme kolme sairaanhoitajaopiskelijaa Turun Ammattikorkeakoulusta, Salon toimipisteestä.

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä potilasohjaus dvd sähköhoidon toteuttamisesta Salon aikuispsykiatrian poliklinikan potilaiden ja heidän omaisten ohjaukseen. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä potilaiden sekä omaisten tietoa sähköhoitoon liittyen ja parantaa potilasohjausta.

Opinnäytetyön kulku

Opinnäytetyöhön kuvaamme Teitä yhden hoitojakson ajan saamassa sähköhoitoa. Henkilökunta hoitopaikassanne on arvioinut, että juuri Te sopisitte parhaiten kuvattavaksi videolle. Kuvauksesta huolimatta hoitotilanne etenee normaalisti hoitosuunnitelmanne mukaan, eikä tästä aiheudu ylimääräistä hoitokertaa tai lisävaivaa Teille. Osallistutte hoitoon henkilökunnalta saamienne ohjeiden mukaan.

Luottamuksellisuus ja vapaaehtoisuus

Osallistuminen kuvaukseen on täysin vapaaehtoista. Osallistuminen on myös mahdollista keskeyttää milloin tahansa niin halutessanne. Kieltäytyminen kuvauksesta ei vaikuta hoitoonne. Henkilöllisyytenne ei tule esille missään vaiheessa videolla. Henkilötietonne pysyy ainoastaan Teitä hoitavan yksikön tiedossa. Osallistumisestanne videolle ei makseta korvausta.

Dvd:n käyttö

Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä Salon vanhus- ja neuropsykiatrian työryhmän sekä Halikon sairaalan kanssa. Valmis dvd tulee Varsinais- Suomen sairaanhoitopiiriin psykiatrisen tulosalueen käyttöön. Ohjaavina opettajina ovat Anu Nousiainen ja Sirpa Nikunen).

Mikäli Teillä on jotain kysyttävää opinnäytetyöhön liittyen vastaamme mielellämme. Kiitos yhteistyöstänne.

Ystävällisesti,

Joni Salminen

Samu Koret

Ari Oksa

Suostumuslomake

Suostumuslomake

Täten annan suostumukseni osallistua Joni Salmisen, Samu Koretin ja Ari Oksan opinnäytetyönä tehtävän dvd:n kuvaukseen.

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä potilasohjaus dvd sähköhoidon toteuttamisesta Salon aikuispsykiatrian poliklinikan potilaiden ja heidän omaisten ohjaukseen. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä potilaiden sekä omaisten tietoa sähköhoitoon liittyen ja parantaa potilasohjausta.

Valmis dvd tulee Varsinais- Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrisen tulosalueen käyttöön.

Osallistuminen kuvaukseen on täysin vapaaehtoista. Osallistuminen on myös mahdollista keskeyttää milloin tahansa niin halutessani. Henkilöllisyyteni ei tule esille missään vaiheessa videolla. Osallistumisestani videolle ei makseta korvausta.

Paikka ja päivämäärä

kuvattavan nimi

Samu Koret, Ari Oksa ja Joni Salminen

Turku

AMK,

Ylhäistentie

2,

24130

Salo

Tiedote henkilökunnalle

TIEDOTE HENKILÖKUNNALLE

Opinnäytetyö- Potilasohjaus dvd sähköhoidosta

Olemme kolme sairaanhoitajaopiskelijaa Turun Ammattikorkeakoulusta, Salon toimipisteestä.

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä potilasohjaus dvd sähköhoidon toteuttamisesta Salon aikuispsykiatrian poliklinikan potilaiden ja heidän omaisten ohjaukseen. Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä potilaiden sekä omaisten tietoa sähköhoitoon liittyen ja parantaa potilasohjausta.

Opinnäytetyön kulku

Opinnäytetyössä kuvaamme Teitä hoitamassa sähköhoitoa saavaa potilasta. Kuvauksesta huolimatta hoitotilanne etenee normaalisti.

Luottamuksellisuus ja vapaaehtoisuus

Osallistuminen kuvaukseen on täysin vapaaehtoista. Henkilöllisyytenne ei tule esille missään vaiheessa videolla. Osallistumisestanne videolle ei makseta korvausta.

Dvd:n käyttö

Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä Salon vanhus- ja neuropsykiatrian työryhmän sekä Halikon sairaalan kanssa. Valmis dvd tulee Varsinais- Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrisen tulosalueen käyttöön. Ohjaavina opettajina ovat Anu Nousiainen ja Sirpa Nikunen.

Mikäli Teillä on jotain kysyttävää opinnäytetyöhön liittyen vastaamme mielellämme. Kiitos yhteistyöstänne.

Ystävällisesti,

Joni Salminen

Samu Koret

Ari Oksa

Suostumus rahoituksesta

SUOSTUMUS RAHOITUKSESTA

VS: Opinnäytetyö

VS: Opinnäytetyö



Hukari Anne

Lähetetty: 3. kesäkuuta 2013 11:39

Vastaanottaja: M
Joni N. Salminen

Heippa!

Selvittely on vienut hieman aikaa ja olette lähteneet jo kesälomillekin (tai arvatinkin töihin). Saatte meiltä rahallista tukea kuvaus- ja editointimaksuihin. Toivottavasti summa pysyy samana. Tarvitsemme kaikista selkeät kuitit jotka kohdennetaan oikeaan yksikköön. Palataan laskutuskäytäntöön sitten kun se on ajankohtaista.

Mukavaa kesää!

Anne

Lähetetty:	23.	Joni	N.	2013	Salminen
Vastaanottaja:					13:47
Aihe:					Anne

Hei taas!

Selvä homma, meidän täytyy hiota projektisuunnitelmaa vielä tässä kevään mittaa. Tavoitteena on saada ennen juhannusta suunnitelma ja lupa- asiat kuntoon. Lupa- asiat hoidamme Turku CRC- palvelun kautta.

Raha- asioita pitää vielä selvittää. Ohjaajamme pyysivät selvittämään, onko mahdollista, että saisimme tukea Teidän suunnalta kuvaus- ja editointimaksuihin? Selvitimme toiselta ryhmältä kuluja ja heillä ne tekivät yhteensä n. 500€, kun käyttivät ammattiapua.

Joni Salminen, Ari Oksa ja Samu Koret
NHS10